



ASLNuoro

MODULO

RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

ASL3 - Nuoro
Data: 24/04/2025 17:42:27 PG/2025/0013782

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: **Struttura Distretto/Presidio 2022** cui è riferito (es. Cardiologia_SanFrancesco_2022.doc) e inviarlo via e-mail al seguente indirizzo: tecnologia@aslnuoro.it firmata e protocollata.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	24-04-2025
P.O./Distretto	P.O.S. San Francesco Asl 3 Nuoro
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	SSD Chirurgia Senologica
Responsabile di struttura	Dott.ssa Rita Nonnis
Referente	
Telefono	3356274996
Email	Rita.nonnis@aslnuoro.it

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA	
Tipologia apparecchiatura	Gamma Probe per Ricerca linfonodo sentinella
Quantità richiesta	1
Costo presunto (comprensivo di IVA)	
Livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bassa

RISORSE AGGIUNTIVE

Per le Apparecchiature biomediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:

ACCESSORI: L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione?

(es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)

☐ SI ☒ NO

Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
Neoprobe GDS	1	
TOTALE		



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

☐ SI ☒ NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo (ivato)
TOTALE		

RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?

☐ SI ☒ NO

Se SI, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.

--

RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?

☐ SI ☒ NO

Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.

--



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	<p><input checked="" type="checkbox"/> SOSTITUZIONE apparecchiature inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Apparecchiatura INFUNGIBILE</p>
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	Obsolescenza. La precedente sonda è stata da tempo messa fuori uso.

*In caso di **SOSTITUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Insicurezza:** L'apparecchiatura potrebbe nell'arco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza attualmente richiesti dall'attività clinica sia per cedimenti strutturali irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.
- **Obsolescenza:** L'apparecchiatura risulta complessivamente datata (tipicamente più di 8 anni o più di 10 anni nel caso di grossi impianti) e pone gravi problemi di affidabilità e di efficienza manutentiva.
- **Scarsa produttività:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni più evolute in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni.
- **Prestazioni inadeguate:** Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni alternative in grado di migliorare significativamente la qualità delle prestazioni erogate.

In caso di **INTEGRAZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Incremento apparecchiature-scorta:** Si richiede di incrementare il numero di apparecchiature già presenti in azienda (per esempio si richiede l'incremento del numero di monitor multiparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).
- **Miglioramento produttività/qualità:** Si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni erogate da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per immagini per incrementare qualità/prestazioni del sistema stesso).
- **Aggiornamento tecnologico:** Si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di garantire l'aggiornamento di un'apparecchiatura già presente in azienda.

In caso di **NUOVA INTRODUZIONE** il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

- **Innovazione:** L'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici.



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

- **Produttività:** L'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantiene l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni o, al caso, il mantenimento della produzione con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione.
- **Nuove prestazioni:** L'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

In caso di **INFUNGIBILITA'** si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

Firma Responsabile di struttura _____ Dott.ssa Rita Nonnis

Firma Referente _____